

ГЛОБАЛЬНІ ІНФЕКЦІЙНІ ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції
і пленуму ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів»

16–17 травня 2024 р.
м. Чернівці

**Київ
ДЕЛЬТА
2024**

ЗМІСТ

O. Golubovska, L. Kondratiuk, O. Bezrodna, O. Gudzenko, K. Pronluk SEASONAL INFLUENZA OUTBREAK AFTER COVID-19 PANDEMIC IN KYIV, UKRAINE	3
V.D. Moskaliuk, Yu.I.Boyko NEUROLOGICAL STATUS IN HIV INFECTION	4
О.П. Адамович, І.І. Бень, Л.М. Радковська, Т.Ю. Телегіна ВИПАДОК НЕГОДЖКІНСЬКОЇ ЛІМФОМИ У ХВОРОЇ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	5
О. П. Адамович, Т. Ю. Лушапець СІМЕЙНИЙ ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГЕПАТИТ А У ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ	7
С.О. Білокобила ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕКСТРЕНОЇ ПОСТКОНТАКТНОЇ АНТИБІОТИКО-ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБИ ЛАЙМА ПРИ УКУСАХ КЛІЩА	8
В.А. Боднар, О.І. Здор, Т.І. Коваль, А.І. Ваценко, Н.П. Лимаренко, В.А. Полторапавлов, Т.М. Котелевська, Н.П. Свириденко, К.В. Яременко, Л.М. Калініченко АНАЛІЗ ТЯЖКИХ ВИПАДКІВ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19 ПІД ЧАС ЦИРКУЛЯЦІЇ ШТАМУ SARS-COV-2 OMICRON	9
І.П. Бодня ЗАКОНОМІРНОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ІМУНІТЕТУ ЯК КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ТА ПРОГНОЗУ ПРИ БЛАСТОЦИСТОЗІ	11
К.І. Бодня, А.М. Зосімов, І.М. Асоян, Т.І. Навст, В.В. Кондратюк ЗВ'ЯЗОК ФАКТОРІВ ПОСТЕМБРІОНАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ З ЕФЕКТИВНІСТЮ ХІМІОПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ	12

Н.О. Виноград ОРНІТОЗ — ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНА ІНФЕКЦІЯ, ЩО ПОВЕРТАЄТЬСЯ	14
Н.О. Виноград, З.П. Васишин, Л.П. Козак ПРИРОДНО ОСЕРЕДКОВІ НЕЙРОІНФЕКЦІЇ В ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКОМУ РЕГІОНІ	15
О.В. Вінницька, Т.А. Єгорова, С.М. Трощенко КИШКОВИЙ ЄРСИНІОЗ. ВИПАДОК З ПРАКТИКИ	17
О.Б. Герасун, М.Р. Коваль ВИВЧЕННЯ ПОТРЕБИ У ВПРОВАДЖЕННІ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ В СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	19
О.А. Голубовська, О.А. Гудзенко, І.В. Шестакова, О.В. Безродна, Л.О. Кондратюк, Л.В. Мінова, В.В. Рахуба, А.С. Галаган ВИПАДОК ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ, РЕЗИСТЕНТНОЇ ДО АРТЕСУНАТУ, В УКРАЇНІ, В МІСТІ КИЄВІ	20
О.А. Голубовська, Н.В. Митус, І.В. Шестакова, О.В. Безродна, О.А. Гудзенко, Х.О. Пронюк, Л.В. Кондратюк, Л.В. Мінова, В.В. Рахуба ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19 У СУЧАСНИХ УМОВАХ	22
О.А. Голубовська, О.В. Ряба ПОТОЧНІ ДАНІ ЩОДО ВАКЦИНАЦІЇ ВІД COVID-19 В УКРАЇНІ ТА СВІТІ	24
О.А. Голубовська, І.В. Шестакова, О.А. Гудзенко, Н.В. Митус, Х.О. Пронюк, О.В. Безродна, Л.В. Кондратюк, К.І. Чепілко, Л.В. Мінова, В.В. Рахуба ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19 У ДОРΟΣЛИХ У ПЕРІОД ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ЕТАПУ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ	25
Н. В. Житнюк, О. В. Швед МЕХАНІЗМ ДІЇ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ мРНК ВАКЦИН ПРОТИ SARS-COV-2	27

О.О. Зубач, О.М. Зінчук ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПНЕВМОНІЇ ПРИ ЛЕПТОСПІРОЗІ	29
К.В. Калашник, О.В. Рябоконт, В.В. Черкаський, О.С. Андреева РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ В ПРОГНОЗУВАННІ РИЗИКУ ЛЕТАЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТУ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19 У ХВОРИХ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЛІКУВАННЯ У ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	30
Т.І. Коваль, Т.О. Байда, Л.В. Буря, О.М. Ізюмська, В.А. Боднар, Н.О. Прийменко, О.Г. Марченко, Л.М. Сизова, Л.Г. Волошина АНАЛІЗ ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО ОБСТЕЖЕНЬ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ	32
Т.Р. Колотило, В.Д. Москалюк КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КО-ІНФЕКЦІЇ ВІЛ/ТБ	33
І.О. Кулеш, О.В. Рябоконт, Ю.Ю. Рябоконт ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ НІТРОТИРОЗИНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА КОРОНАВІРУСНУ ХВОРОБУ COVID-19 З ПНЕВМОНІЄЮ В ПРОГНОЗУВАННІ РОЗВИТКУ КИСНЕВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ	35
О.Я. Матвіюк, О.Я. Пришляк, О.П. Бойчук КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ДОРΟΣЛИХ В МІЖЕПІДЕМІЧНИЙ ПЕРІОД ТА РИЗИКИ РОЗВИТКУ СПАЛАХУ КОРУ НА ТЕРИТОРІЇ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	36
Л.В. Мороз, О.В. Швед, О.С. Андросова, О.О. Попович, С.М. Куляс, Н.В. Житнюк КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИЯВЛЕННЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ЛЖВ	38

of the neuropathy was HIV infection itself. First of all, the fact that the number of people with mild cognitive impairment increases with the increase in the degree of immunodeficiency attracts attention. Thus, in the I–II clinical stage of HIV infection, only 2 patients had the specified neurological symptoms: bilateral hyperreflexia and dynamic ataxia. One person was also diagnosed with muscle hypertonus and static-locomotor ataxia. Neurological symptoms represented by horizontal nystagmus, static-locomotor ataxia, and dynamic ataxia made it possible to distinguish the vestibulo-cerebral syndrome, which was detected most often — in almost every second patient with mild cognitive impairment. Symptoms represented by muscle hypertonus, bilateral hyperreflexia, and anisoreflexia included in the pyramidal syndrome were registered somewhat less often. The smallest number of patients were diagnosed with extrapyramidal syndrome, which was represented by muscle stiffness and tremors.

Conclusions: HIV infection is the cause of minimal focal neurological symptoms in the form of symptoms of oral automatism and vestibular-atactic disorders. Almost every second patient with mild cognitive impairment has vestibulo-cerebral syndrome, less often — pyramidal syndrome and even more rarely — extrapyramidal syndrome.

¹О.П.Адамович, ¹І.І. Бень, ²Л.М. Радковська, ¹Т.Ю. Телегіна
¹Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

²Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради
«Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня»

ВИПАДОК НЕГОДЖКІНСЬКОЇ ЛІМФОМИ У ХВОРОЇ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Диференціальна діагностика в клініці інфекційних хвороб завжди займала особливе місце. Адже лише правильно поставлений діагноз дозволяє призначити коректне лікування. Ми провели аналіз карти стаціонарного хворого пацієнтки, яка поступила у вихідний день (субота) в стаціонар і знаходилась під нашим наглядом неповних три робочі дні.

Пацієнтка 55 років поступила в Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівську обласну інфекційна клінічну лікарню» 20.01.2023 року. Діагноз при поступленні: Гепатит С? Цироз печінки?

Пацієнтка звернулася в стаціонар самостійно. Скарги при поступленні на загальну слабкість, втому, набряки на ногах, втрату апетиту,

нудоту. З анамнезу хвороби відомо, що захворіла **приблизно** на початку січня 2023 р., коли з'явилися набряки на ногах, **втрата апетиту**, нудота. Звернулась до сімейного лікаря, який **зробив швидкі тести** на вірусні гепатити: HBsAg «-», anti HCV «+».

Об'єктивно: Загальний стан важкий, свідомість збережена. Шкірні покриви та видимі слизові бліді, на гомілках є набряки, висип відсутній. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Над легенями вислуховується везикулярне ослаблене дихання з обох сторін. Серцеві тони ритмічні, ослаблені. ЧСС — 100 на хв., АТ = 140/80 мм.рт.ст., SpO2 = 98%. Живіт м'який, доступний пальпації у всіх відділах, не болючий, збільшений в об'ємі за рахунок асцитичної рідини. Об'єм живота в окружності на рівні пупка = 94 см. Перистальтика вислуховується. Печінка виступає на 2см. з під краю реберної дуги. Селезінка не пальпується. Випорожнення 1 раз на день. Діурез знижений (зі слів пацієнтки). Попередній діагноз: Хронічний вірусний гепатит С.

УЗД ОЧП (від 23.01.23): УЗ-ознаки цирозу печінки, портальної гіпертензії, спленомегалії, асциту (Печінка збільшена 150x92 мм. Контури горбисті, структура зерниста. Ехогенність підвищена. V. portae 13 мм. Choleдох 5 мм. Селезінка 178x93 мм, зниженої ехогенності. Структура однорідна. V. Lienalis 178x93 мм. У воротах селезінки множинні різного розміру округлі солідні утвори — 12,4 мм. У двох піддіафрагмальних просторах під печінкою та під селезінкою в бокових сегментах і між петлями кишківника — значна кількість випітної рідини. КТ органів грудної та черевної порожнини з контрастом від (24.01.23): Лімфаденопатія грудної клітки, черевної порожнини та малого тазу (Лімфатичні вузли: ворота селезінки розміром 53x43 мм (іма 371), паракавальні 27x14 мм (іма 426), парааортально ліворуч 31x24 мм (іма 474), біфуркаційна зона 38x25 мм (іма 533), пахова праворуч 19x11 мм (іма 689), пахова ліворуч 23x16 мм (іма 716), затульна праворуч 34x20 мм (іма 668), затульна ліворуч 39x25 мм (іма 668)) — характерно для лімфопроліферативного процесу. Спленомегалія. Пневмофіброз обох легень. Асцит.

25.01.23 р. Пацієнтка виписана з діагнозом: Генералізована лімфаденопатія (Лімфома?). Спленомегалія. Асцит. Скерована під нагляд гематолога та хірурга для уточнення діагнозу Лімфома?

30.01.23 р. отримано результат патогістологічного дослідження лімфатичного вузла. Паталогоанатомічний діагноз: лімфопроліфе-

ративний процес. Морфологічна картина В-великоклітинної негоджкінської лімфоми з високою проліферативною активністю.

Відомо, що часто наступною стадією хронічного гепатиту С є розвиток гепатоцилюлярної карциноми. В нашому ж випадку ми спостерігали інше онкологічне захворювання яке, очевидно, було пов'язане з хронічним гепатитом С. Внаслідок оперативно проведеного інструментального дослідження (КТ) пацієнтка була шпиталізована в профільне для її хвороби гематологічне відділення.

¹О. П. Адамович, ²Т. Ю. Луцанець

¹Львівський Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

²Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради
«Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня»

СІМЕЙНИЙ ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГЕПАТИТ А У ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ

В Україні в 2023 р. у деяких регіонах було зафіксовано зростання захворюваності на вірусний гепатит А.

Як відомо гепатит А це інфекційна хвороба, якою зазвичай хворіють діти віком старше одного року (особливо ті, що перебувають в організованих колективах) і рідше дорослі віком до 40 років.

Нами були проаналізовані медичні карти стаціонарних хворих КНП «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня» ЛОР з діагнозом: гострий гепатит А (ГГА).

15.09.23 р. в поступив хворий 56 р. з попереднім діагнозом гострий вірусний гепатит, не уточнений, зі скаргами на загальну слабкість/втому, жовтяницю, свербіж, нудоту. Того ж дня був проведений забір крові на імунохроматографічне дослідження (СІТО TEST): HBsAg — сумнівний. 18.09.23.: заг. білірубін — 221,7; прямий — 216,7; непрямої — 5,0 мкмоль/л; АлАТ — 632,9. У подальшому було з'ясовано, що його родич (59 років), який проживає в одному із хворим приватному будинку в серпні поточного року перехворів на гепатит А. Він систематично займався плаванням в одному із басейнів у м. Львові. У той самий час кілька людей, які відвідували басейн, відмічали пожовтіння шкіри (зі слів пацієнта). 19.09.23 р.: методом ПЛР виявлено вірус гепатиту А. Хворий був успішно пролікований та виписаний із стаціонару 06. 10. 23 р. Через два тижні після його виписки з такими ж скаргами звернулась його дружина, 53 р., яка